

ALL’ ORDINE PROVINCIALE   
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DI ROVIGO

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO**

Il /la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………

codice fiscale …………………………………………………………………..

iscritto all’Albo dell’Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri   
di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_

**CHIEDE L’ISCRIZIONE** all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

di codesto Ordine

per: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

* di essere nat\_\_ a………………………………………………. prov. …… il ………….…………
* di essere residente a ………………………………………..………CAP …..…..…… prov….. in via ……………………………………………………………N.………… Tel. …………………..
* di essere domiciliato a …………………….…………………………….CAP…..………prov.…... in via…………………………………………………………...N.……..… Tel.………………….
* Di essere in possesso dei seguenti indirizzi di contatto:   
  cell ……………………………………..   
  mail …………………………………….   
  pec ……………………………………..
* di essere cittadino/a ITALIANO/A
* di aver conseguito il diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA in data …………………………..   
  presso l'Università degli Studi di ………………………….…………con votazione.……………
* di aver superato l'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE   
  in data……………………….… nella ….. Sessione dell'anno ……….….....   
  presso l'Università degli Studi di ……………………………………………………….. con votazione…………
* di avere conseguito la specializzazione in …………………………………………………………………….  
   in data ………………………….. presso l'Università degli Studi di ………………………….……………….  
   con votazione.……………
* di essere / non essere iscritto nell’elenco degli Psicoterapeuti;

* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
* di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
* di aver riportato condanne penali;(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
* di godere dei diritti civili;
* di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
* di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo Provinciale;
* di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all' Albo;
* di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
* di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC;

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

* di avere  *presa integrale conoscenza del contenuto dell’informativa resagli ai sensi dell’art. 13 del* ***Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR);***
* *di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento.*
* *di autorizzare l’uso dell’immagine fotografica nel profilo che sarà pubblicato nel sito web.*

Data ..…………………

**Firma per esteso e leggibile  
  
……………………………………………….**

**SPAZIO RISERVATO ALL’ ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ROVIGO**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………….. incaricato, ATTESTA ai sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./D.ssa ………...……………………………………….…………. identificato/a a mezzo documento  
 tipo ………………………N. ……………………… rilasciato da ………..……………. il …………………………….   
ha sottoscritto la presente istanza in sua presenza.

Data …………………….. Timbro e firma dell'incaricato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIVACY**

**Informativa ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13-14, Reg UE 2016/679**

I dati personali del presente modulo sono raccolti:

* per adempiere agli obblighi di legge per l’iscrizione all’albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009),
* per svolgere le attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti;
* per svolgere le attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo.

Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l’impossibilità ad eseguire la richiesta.

Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza.

I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal GDPR EU 2016/679. Ai sensi dell’art. 13-14, Reg UE 2016/679,e saranno pubblicati nel sito internet dell’Ente “www.omceoro.it” come previsto dalla normativa vigente in merito alla pubblicazione dell’Ordine e dei suoi iscritti (avvalendosi di tecnici informatici specializzati addetti alla manutenzione del sito).

I diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi   
e degli Odontoiatri di Rovigo  
Via Silvestri, 6,   
45100 - Rovigo (RO)  
tel. 0425.28.426 :: fax 0425.28.620  
e-mail segreteria@ordinemedicirovigo.it  
pec-mail segreteria.ro@pec.omceo.it.